

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1960

THÈSE

N°

150

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'UNIVERSITÉ)

PAR

NGO BENG TUOT

Né le 31 Décembre 1924, à BATTAMBANG (Cambodge)

présentée et soutenue publiquement le

3 MAR 1960

ESSAI SUR LES MOYENS DE LUTTE
CONTRE LA MORTALITÉ FOETO-INFANTILE
AU CAMBODGE

Président : Monsieur DEPARIS (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir - Delavigne
PARIS - VI°

1960

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1960

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Université)

par

NGO BENG TUOT

né le 31 décembre 1924 à Battambang (Cambodge)

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--

ESSAI SUR LES MOYENS DE LUTTE
CONTRE
LA MORTALITE FOETO-INFANTILE
AU CAMBODGE

--

Président : Monsieur DEPARIS (Professeur)



DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1960.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553815_0021

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A), BENARD (H), BROCC (P), BULLIARD (H),
 CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), CHEVALLIER (P),
 DEBRE (R), DONZELOT (E), GASTINEL (P), GUILLAIN (G),
 HALPHEN (E), HARVIER (P), HAZARD (R), HEUYER (G),
 LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LAUBRY (C), LEVY-SOLAL (E),
 LHERMITTE (J), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G),
 MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R),
 MOREAU (R), MULON (P), OLIVIER (E), RICHET (C),
 STROHL (A), TANON (L), VELTER (E).

DOYEN : Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR : Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G)
Anatomie (Ch. à titre personnel).....	DELMAS (A)
Anatomie pathologique.....	DELARUE (J)
Anesthésiologie.....	BAUMANN (J)
Bactériologie.....	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale.....	JAYLE (M.F)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports.....	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale.....	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale.....	BERNARD (J)
Clinique carcinologique.....	REDON (H)
Clinique cardiologique.....	MOUQUIN (M)
(Beaujon.....)	SICARD (A)
(Cochin.....)	QUENU (J)
Cliniques chirur- (Hôtel-Dieu.....	
gicales (Saint-Antoine.....)	GOSSET (J)
(Salpêtrière.....)	MOULONGUET (P)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique.....	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopé- dique et réparatrice.....	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire.....	de GAUDART d'ALLAINES
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire.....	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique.....	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale.....	LAMY (M)
Clinique gynécologique.....	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants.....	CATHALA (J)

MM.

Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboli- ques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
	(Broussais..... GENNES (L. de)
	(Cochin..... JUSTIN-BESANÇON (L)
Cliniques médicales	(Hôtel-Dieu..... BARIETY (M)
	(Lariboisière..... SOULIE (P)
	(Pitié..... DREYFUS (G)
	(St-Antoine..... KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT
Clinique médico-sociale du dia- bète sucré et des maladies de la nutrition	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
	(Baudelocque..... LACOMME (M)
Cliniques	(Port-Royal..... N...
obstétricales	(Tarnier..... VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale	COSTE (F)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M)
Clinique thérap. chirurgicale	SENEQUE (J)
Clinique thérap. médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique	FEY (B)
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène des collectivités (ch. à t. pers.)	DEPARIS
Hygiène et clinique de la pre- mière enfance	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)

	MM.
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie.....	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale.....	COUVELAIRE (R)
Pathologie exotique.....	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée.....	LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunolo- gie expérimentale ch. à t.pers.....	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale.....	N...
Pathologie et therap.générales.....	GARCIN (R)
Pharmacologie et matière médicale.....	CHEYMOL (J)
Physiologie.....	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.).....	BARGETON (D)
Physique médicale.....	DOGNON (A)
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale.....	PATEL (J)
Thérapeutique.....	BROUET (G)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

	MM.
	(CABROL (C)
Anatomie.....	(COUINAUD (C)
	(OLIVIER (G)
	(GAUTHIER-VILLARS
	((Melle P) pr. s.ch.
Anatomie pathologique.....	(BUSSER (F)
	(GOUYGOU (Ch)
	(ORCEL (L)
	(PAILLAS (J)
Anesthésiologie.....	VOURC'H (G)
	(NEVOT (A) pr.s.ch.
Bactériologie.....	(BARBIER (P)
	(CHRISTOL (D)
	(TOURNIER (P)
	(DESGREZ (P)pr.s.ch.
Biochimie médicale.....	(POLONOVSKI (J)m.conf.
	(SCHAPIRA (G)m. conf.
Biologie médicale.....	BOURLIERE (E) m.conf.
	(DENOIX (P)
Carcinologie.....	(MATHE (G)
Dermato-Syphiligraphie.....	DUPERRAT (B)
Electro-radiologie.....	LEDOUX-LEBARD (G)
Embryologie.....	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
	(BILSKI-PASQUIER (G)
Hématologie.....	(DAUSSET (J)
	(COUJARD (R) pr.s.ch.
Histologie.....	(MAROIS (M)
	(RACADOT (J)

MM.

Hydrologie	CORNET (A)
Hygiène	(BOYER (J) pr.s.ch.
Maladies infectieuses	(CORRE-HURST (Mme L)
	(BASTIN (R)
	(DUPONT (V)
Médecine légale	(DEROBERT (L) pr.s.ch.
	(HADENGUE (A)
	(FOURNIER (E)
	(GUENIOT (M)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-chirurgie	DAVID (M)
Neurologie	LHERMITTE (F)
	(GRANJON (A)
	(HERVET (E)
	(LE LORIER (G)
Obstétrique	(MORIN (P)
	(MUSSET (R)
	(ROBEY (M)
	(THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	(BREGEAT (P)
	(SARAUX (H)
Orthopédie	(JUDET (R)
	(RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J)
Parasitologie	(BRUMPT (LC) pr.s.ch.
	(CHABAUD (A)
	(BARCAT (J)
	(BINET (J.P.)
	(CAUCHOIX (J)
	(CHATELIN (C.L)
	(DUBOST (Ch)
	(DUBOST (Cl)
	(FAUREL (J)
Pathologie chirurgicale	(FLABEAU (F)
	(GERMAIN (A)
	(LAURENCE (G) agr.pers.
	(LORTAT-JACOB (J.L)
	(LOYGUE (J)
	(MERCADIER
	(PERROTIN (J)
	(ROBERT (H)
	(THOMERET (G)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)
	(CROSNIER (J)
Pathologie expérimentale	(HARTMANN (L)
	(LOEP ER (J)
	(MAURICE (J)

	MM.
Pathologie expérimentale.....	(PLAS (F)
	(RICHET (G)
	(AUSSANNAIRE (M)
	(BOUR (H)
	(BOUVIER (J)
	(BOUVRAIN (Y)
	(BRICAIRE (H).
	(BRISSAUD (H)
	(BROCARD (H)
	(BUGE (A)
	(CASTAIGNE (P)m.conf.
Pathologie médicale.....	(CATINAT (J)
	(CONTAMIN (F)
	(COURY (C)
	(FREZAL (J)
	(HOUSSET (E)
	(LAROCHE (Cl)
	(LESOBRE (R)
	(MACREZ (C)
	(NICK (J)
	(PEQUIGNOT (H)m.conf.
	(ROYER (P)
	(WOLFROMM (R)
	(JOSEPH (R)
	(MANDE (R)
Pédiatrie-Puériculture.....	(MOZZICONACCI (P)
	(POLONOVSKI (C)
	(ROSSIER (A)
	(LEVY (Melle J)pr.s.ch.
Pharmacologie.....	(BOISSIER (J)
	(LECHAT (P)
	(PARROT (J) pr.s.ch.
Physiologie.....	(DEJOURS (P)
	(GOUGEROT (L) m.conf.
Physique médicale.....	(KELLERSHON
Pneumo-ptisiologie.....	KREIS (B)
Psychiatrie.....	PICHOT (P)
Psychiatrie infantile.....	DUCHE (D)
Rhumatologie.....	DELBARRE (F)
	(CERNEA (P)
Stomatologie.....	(CHAPUT (Mme A)m.c.agr.
	(GRELLET (M)
	(CHASSAGNE (P)
Thérapeutique.....	(LAMOTTE (M)
Urologie.....	QUENU (L)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

MM.

	(ABOULKER (P)	Clinique neuro-	
	(AMELINE (A)	rhumatol.....	SEZE (S. de)
	(HUGUIER (J)		(GRASSET (J)
Clinique	(LEGER (L)		(LEPAGE (F)
chirurg.	(OLIVIER (C)	Clinique obsté-	(MAYER (M)
	(PADOVANI (P)	tricale.....	(MERGER (R)
	(POILLEUX (F)		(RAVINA (J)
	(ROUX (M)	Clinique oph-	(DESVIGNES (P)
	(VERNE (J.M.)	talmologique	(OFFRET (G)
	(HAGUENEAU (J)	Clinique oto-	
	(pr.s.ch.	rhino-laryng.....	MADURO (R)
	(BOUDIN (G)	Clinique pédia-	
Clinique	(CONTE (M)	trique et pué-	
médicale	(DOMART (A)	riculture.....	LAPLANE (R)
	(MILLIEZ (P)	Clinique psy-	
	(PERRAULT (M)	chiatrique.....	BARUK (H)
	(RAMBERT (P)	Clinique uro-	
	(THIEFFRY (S)	logique.....	KUSS (R)
	(TURIAF (J)		

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES
ETRANGERES

Bactériologie MM. HAUDUROY (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale ETTORI (J) pr.à t.per
Pathologie chirurgicale RUDLER (J) pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté..... M. LENA (J)
Secrétaires..... Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREUIL (G)
Melle HURE (A)
Conservateur, chargé de la direction
de la Bibliothèque..... M. le Dr. HAHN (A)
Conservateurs Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A-M)
Bibliothécaires Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H),
LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LEURS MAJESTES

LE ROI ET LA REINE DU CAMBODGE,

En hommage de notre profonde
et dévouée vénération.

A SON ALTESSE ROYALE

SAMDECH PREAH NORODOM SIHANOUK UPAYU-VAREACH,

Qui représente l'espoir de
la jeunesse Khmère.

A la mémoire de mes Grands-Parents,

A la mémoire de mes Parents,

A la mémoire de ma Soeur,

A mon Epouse,

Témoignage de ma profonde
tendresse.

A mon Oncle, le Général NGO HOU,

Chef d'Etat-Major de l'Aviation Royale
Khmère,

Qui m'a orienté vers la
carrière médicale,

Très modeste témoignage de
ma profonde gratitude.

A mon Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur DEPARIS,

Professeur d'Hygiène des Collectivités,
Médecin des Hôpitaux,

Qui m'a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette
thèse.

En hommage de ma déférente
gratitude.

A Monsieur le Professeur A. LEMAIRE,
Professeur de la Chaire Médicale
Thérapeutique,
Commandeur de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur de nous réserver
toujours l'accueil le
plus bienveillant.

Très modeste témoignage de
notre **profonde** gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé J. GRASSET,
Gynécologue accoucheur des
hôpitaux de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur de nous réserver
l'accueil le plus bien-
veillant.

Très modeste témoignage de
notre **profonde** gratitude.

A Monsieur le Professeur L.C. BRUMPT,

Qui n'a cessé de nous
aider de ses conseils
éclairés.

Très faible témoignage
de notre profonde
gratitude.

A Monsieur le Professeur Max MEYNARD,
Directeur de la Faculté de Médecine
du Cambodge,

Qui nous a toujours con-
seillé de poursuivre
nos études.

Expression de notre vive
gratitude.

A Madame le Docteur PAILLARD-VARIN,
Assistant à la Faculté de Médecine
de Paris,

Qui m'a guidé dans l'élabo-
ration de cette thèse.

Qu'elle veuille bien trouver
ici l'expression de ma pro-
fonde reconnaissance et de
ma respectueuse admiration.

A tous nos Maîtres dans les Hôpitaux et
à la Faculté de Médecine de Paris.

A tous nos Maîtres dans les Hôpitaux et
à la Faculté de Médecine du Cambodge.

A la Mission d'Aide Economique et Technique
Française au Cambodge,

Témoignage de nos sincères
remerciements.

ESSAI SUR LES MOYENS DE LUTTE
CONTRE
LA MORTALITE FOETO-INFANTILE
AU CAMBODGE

- :-

INTRODUCTION

-:-

Au Cambodge, les consultations prénuptiales, prénatales et post-natales dans un but préventif n'existent pas. Les futures mères ne viennent consulter que quand elles-mêmes ou leurs enfants sont malades.

Les médecins et les sages femmes n'existent que dans la capitale et dans les départements. Dans les départements, les médecins et les sages femmes au service de l'administration sont au nombre de 4 à 5. Dans les sous-préfectures il n'y a pas de médecin, seuls quelques infirmiers au service de l'administration et des sages femmes rurales. Dans les communes, pas de médecins ; par contre il existe des sages femmes rurales qui accouchent gratuitement les femmes en travail à leur domicile. Ces sages femmes rurales sont encore bien insuffisantes en nombre.

Dans les hôpitaux administratifs, le personnel médical au service de l'administration donne des consultations et des soins gratuits. Les médicaments qui manquent doivent être achetés par les malades. Souvent dans la plupart des cas, les mères malades et les enfants malades ont recours aux guérisseurs, même dans les départements où il existe des médecins. D'habitude, pour soigner, les guérisseurs récitent des prières et aspergent les malades d'eau bénite. Ces guérisseurs emploient des médicaments à base de plantes

Les femmes qui accouchent font appel aux matrones n'ayant aucune connaissance médicale. Voici quelques coutumes obstétricales. Vers le 5ème mois de la grossesse, une cérémonie religieuse est célébrée pour que la future mère ait le bonheur et la longévité. Les prêtres psalmodient des prières, aspergent d'eau bénite la femme enceinte, souhaitant le bonheur et la gloire à la future mère et à l'enfant.

Les matrones conseillent à la femme enceinte, pour éviter les complications au moment de l'accouchement, de quitter la table, à chaque repas, avant les autres ; au réveil elle doit se lever la première ; elle ne doit pas rester debout ou assise sur la porte, mais elle doit sortir ou rentrer complètement ; elle ne doit pas se baigner la nuit quand l'eau est très froide afin que le fœtus ne soit pas trop gras ; elle ne doit pas être paresseuse.

Au moment du travail, on prépare une corbeille de paddy, où se trouvent 4 feuilles de bétel bien enroulées en forme de cigare, une fiole d'alcool de riz, des baguettes d'encens, des bougies en cire d'abeille, des pièces d'argent. La parturiente est étendue sur des nattes. L'accouchement se fait en présence des vieilles femmes qui encouragent la femme à pousser. Lorsque l'enfant est né, la matrone le prend par le bras, le balance trois fois en répétant ces paroles en cambodgien : "Ban yeung, roeu banké", ce qui veut dire : "l'enfant est à nous ou aux autres", puis l'entourage répond : "Bang yeung" ce qui veut dire : "l'enfant est à nous". Le nouveau-né est enveloppé dans une couverture, puis couché. A côté de lui se trouve un sabre ou un coupe-coupe afin d'éloigner les "mauvais génies".

Après la délivrance, la matrone sale le

placenta et le place aux pieds de l'accouchée, puis elle fait boire l'urine fraîchement émise de son mari considérée comme un médicament, afin de lutter contre les complications post puerpérales et aussi pour chasser les mauvais génies. Enfin, pour la réchauffer, l'accouchée est placée sur un lit en bambou sous lequel brûlent doucement, pendant trois jours, les charbons de bois.

Au 3ème jour, après l'accouchement, une nouvelle cérémonie est célébrée et la femme peut se lever pour se baigner et changer ses vêtements souillés.

Les causes des accouchements dystociques ne sont jamais décélées par les matrones. Elles disent que ce sont les mauvais génies qui ne veulent pas que la femme accouche.

Par suite du manque considérable de médecins et de sages femmes et d'autre part comme l'ensemble de la population a peu confiance en la médecine, la mortalité foeto-infantile est considérable.

Il faudrait que nous tentions de la combattre.

CAUSES DE LA MORTALITE FOETO-INFANTILE LES PLUS FREQUEMMENT RENCONTREES

-:-

Avant d'envisager les moyens de lutte contre la mortalité foeto-infantile il est d'abord nécessaire de traiter les causes les plus fréquemment rencontrées dans notre pays, car cette lutte n'est efficace que dans la mesure où il sera possible de s'opposer à ces causes.

Nous allons suivre pour étudier ces causes, le plan si cher adopté par le professeur Joannon, c'est-à-dire les causes immédiates, les causes économiques, les causes psychologiques et les causes intermédiaires (causes relevant des fautes commises).

Les causes immédiates de cette mortalité sont : le péril congénital,
le péril alimentaire,
et le péril infectieux.

Le péril congénital se subdivise en mortalité obstétricale et en mortalité anobstétricale.

Les causes anobstétricales sont les maladies de la mère en dehors de la toxémie gravidique, les malformations congénitales, l'eclampsie et aussi le surmenage de la mère; ces causes toutefois sont plus à l'origine de naissances prématurées plutôt que de mort-nés.

Relèvent de la mortalité obstétricale, les présentations dystociques (épaule front) le rétrécissement du bassin, les anomalies du fœtus et celles du placenta.

Le péril alimentaire constitue un facteur très important de la mortalité foeto-infantile : ce sont les diarrhées causées par un allaitement artificiel, par un sevrage précoce par l'ablactation lorsqu'il y a abus de la farine, par les maladies du cavum et de l'oreille (Renaud et Ribadeau).

Le péril infectieux est constitué par les maladies frappant l'enfant ou la femme enceinte : la coqueluche, la rougeole, la poliomyélite, la méningite cérébrospinale, la fièvre typhoïde, l'amibiase intestinale, la gastro-entérite, la toxicose du nourrisson, le choléra, la variole, le paludisme, la syphilis, la tuberculose.

Nous regrettons de ne pouvoir fournir les statistiques nécessaires de la mortalité infantile car dans notre pays il n'existe pas de statistique exacte, étant donné qu'il n'y a ni contrôle de décès ni déclaration obligatoire de décès.

Ci-dessous les taux de mortinatalité enregistrés dans la maternité de notre capitale:

- En 1937, sur 1188 accouchements, il y a 66 enfants mort-nés ce qui fait un taux de mortinatalité (enfant né viable mais n'ayant pas respiré) de 5,5 p. 100.
- En 1940, sur 1132 accouchements, il y a 155 enfants mort-nés ce qui fait un taux de mortinatalité de 13,6 p. 100.

- En 1944, sur 1212 accouchements, il y a 106 enfants mort-nés, ce qui fait un taux de mortinatalité de 10 p. 100.
- En 1952, sur 4371 accouchements, il y a 382 mort-nés, ce qui fait un taux de mortinatalité de 8,7 p. 100.

On voit que le taux de mortinatalité est déjà très élevé.

Les causes intermédiaires sont les fautes faites d'habitudes, de négligence, d'intervention d'une matrone, d'utilisation de moyens empiriques et de l'incapacité professionnelle des sages femmes trop rapidement éduquées.

Ces fautes sont commises au cours de la grossesse, au moment de l'accouchement, après la naissance (faute alimentaire, faute d'hygiène, fautes thérapeutiques).

Les insuffisances économiques et psychologiques sont nombreuses. Les conditions de vie en milieu rural sont modestes, souvent misérables, l'habitat est dépourvu de tout équipement sanitaire, l'eau potable est rare.

Le manque de réseaux routiers, le mauvais état des pistes rendent difficile le transport des malades vers un centre hospitalier loin situé, l'insuffisance téléphonique retarde les appels.

Et aussi l'inconscience surtout faite d'ignorance, de légèreté d'une population peu instruite des dangers par manque d'éducation sanitaire.

LUTTE CONTRE LA MORTALITE FETO-INTANTIE

-:-

Actuellement, l'effort dans ce domaine consiste à s'opposer aux causes principales qui sont les suivantes : les causes du péril alimentaire, les causes du péril infectieux, les causes économiques, les causes psychologiques, et les causes intermédiaires (surtout l'incapacité professionnelle).

On devrait protéger les enfants avant le mariage par des examens prénuptiaux, avant la naissance par des consultations prénatales, après la naissance, par des consultations post-natales.

On devrait protéger les enfants séparés de leur mère.

La lutte contre le péril alimentaire est primordiale. L'éducateur doit apprendre à la population les difficultés d'un allaitement artificiel, la résistance moindre du nourrisson aux agressions quand il est allaité de cette manière, un chiffre plus élevé de la mortalité en est la preuve.

Il faut insister sur le danger d'un sevrage précoce qui peut entraîner des troubles digestifs tels que diarrhée, le danger de l'ablactation sans suivre les conseils du médecin.

Il est nécessaire d'instituer les moyens de lutte contre les maladies transmissibles par

L'eau souillée de germes pathogènes et les légumes arrosés d'eau souillée. Ces affections sont très fréquentes (habituellement on consomme l'eau non stérilisée du fleuve ou l'eau du puits qui est creusé sans avis médical). Il faut instruire du danger de consommation de cette eau, point de départ de fièvre typhoïde, de choléra, d'amibiase de dysenterie bacillaire et de la nécessité d'user des moyens de désinfection simple (ébullition, stérilisation).

En cas de maladie déclarée, la population doit savoir isoler les malades, les sujets en contact, désinfecter les objets par des moyens simples à appliquer : les objets ayant peu de valeur doivent être brûlés, le lessivage des vêtements, la désinfection des matières fécales par le lait de chaux, par le crésyl, la désinfection terminale de la chambre des malades en brûlant du fumigator.

Apprendre à lutter contre les insectes, en particulier les mouches en aérant fréquemment le fumier, en aménageant la fosse à fumier. Les dépôts d'ordures qui attirent les mouches doivent être recouverts de terre et les excréta humains ne doivent pas être laissés sur le sol.

Il faut conseiller l'absence d'égouts qui n'existent pas à la campagne :

- soit la fosse fixe qui doit être étanche.

Les vidanges périodiques risquent de provoquer des accidents par l'hydrogène sulfuré. Il convient de déverser dans la fosse du lait de chaux avant la vidange ;

- soit la fosse chimique, réservoir dans lequel tombent les matières où l'on a introduit un produit tel que la soude qui les liquéfie, les désodorise et les désinfecte.

L'inconvénient là aussi est la vidange périodique,

- ou bien encore, la fosse septique. Elle a l'avantage de limiter considérablement les opérations de vidange, tout en permettant l'usage de l'eau dans les W.C. Elle reçoit les matières fécales, les urines qui y subissent une fermentation anaérobie conduisant à une liquéfaction plus ou moins complète des matières en suspension.

Le péril infectieux est une des grandes causes de mortalité : maladie affectant la mère, maladie du nourrisson.

La coqueluche, la rougeole sont comme dans les autres pays, fréquemment rencontrées chez l'enfant qui ne bénéficie plus de l'immunité maternelle.

La période préquinteuse de la coqueluche, période catarrhale, moment essentiellement contagieux, passe souvent inaperçu, le médecin traitant appelé le plus habituellement à la phase des quintes.

Pendant les périodes de recrudescence de cette maladie, il est possible de protéger les enfants chétifs et débiles par la séroprophylaxie, l'utilisation des gammas globulines qui permettra soit une séro-abortion, soit une séro-atténuation.

Conjointement administrée avec des antibiotiques cette sérothérapie a transformé le caractère de cette maladie autrefois redoutable chez le nourrisson.

Mais dans nos collectivités tant urbaines

que rurales il faut insister sur l'utilisation des vaccins ordinaires ou aluminés qui a donné des résultats très intéressants.

La rougeole maladie à réceptivité absolue est actuellement inévitable et il n'en existe aucune prophylaxie sous forme de vaccination.

Il est seulement bien de rappeler qu'une séroprophylaxie par gamma globuline permet temporairement d'éviter l'apparition de la rougeole chez un enfant contaminé.

Cette séro-prévention pratiquée plus tardivement laisse évoluer une forme fruste chez l'enfant qui est ensuite immunisé au prix d'une atteinte légère.

Cet emploi de gamma globuline est réservé en pratique aux enfants pour lesquels l'éventualité d'une rougeole fait courir un péril de mort. Elle ne peut pas être généralisée.

Dans nos régions, elle a été appliquée pour quelques cas et, malheureusement encore, la rougeole conditionne au Cambodge l'aggravation de la mortalité infantile de nos jours.

La poliomyélite antérieure aiguë est rare, quelques cas sporadiques toutefois se rencontrent.

Des mesures prophylactiques définitives sont difficilement applicables dans un pays où les conditions de vie rendent souvent compliqués les moyens de protection élémentaire, mais il

est possible d'insister lorsqu'un cas est déclaré sur l'utilisation d'eau bouillie, l'absence de crudités, la suppression des bains de rivière ou de piscine.

Et il est surtout raisonnable de conseiller la vaccination par les vaccins actuels.

Les campagnes en cours ont donné des résultats encourageants sans que l'on puisse toutefois juger du temps de durée de l'immunité.

On rencontre aussi des cas isolés de méningite cérébrospinale.

Le diagnostic est souvent difficile et toute rhinopharyngite peut paraître suspecte.

Néanmoins la sulfamidothérapie a modifié l'aspect autrefois si grave de cette maladie: l'utilisation de cette même médication à titre préventif et la détection des porteurs de germes permet d'éviter l'extension des cas sporadiques en épidémie.

La fièvre typhoïde et les affections paratyphiques sont fréquentes au Cambodge. Le manque d'eau potable, les installations sanitaires défectueuses, proches des habitations mal collectées favorisent les bouffées épidémiques sur le fond habituel d'endémicité.

Il convient de faire comprendre la nécessité d'appliquer avec soin les règles élémentaires de propreté, depuis le simple lavage des mains jusqu'à la désinfection prolongée

des excreta. Les liquides de boisson seront bouillis et les légumes qui peuvent être arrosés d'eau polluée seront consommés cuits, en période de contagiosité plus grande.

Et doit intervenir la vaccination à l'aide de l'hydrovaccin qui, lorsque les précautions concernant la posologie sont bien respectées, est parfaitement supporté et confère une immunité renforcée par le rappel.

L'amibiase intestinale est très fréquente dans notre pays. La prophylaxie consiste essentiellement dans la propreté des mains, l'élimination des mouches, la désinfection éventuelle des selles, l'ébullition de l'eau, la cuisson des légumes verts.

Les gastro-entérites du nourrisson constituent une cause très importante et fréquente de la mortalité infantile. Elles s'observent surtout chez les enfants nourris au biberon, très rarement à la suite d'un allaitement au sein, où alors quand cet allaitement est irrégulier et trop copieux.

Le lait maternel constitue la meilleure prophylaxie et le Dr. Germain Blechmann conseille: "Régler les têtées en donnant à heure fixe et en faisant peser quelques unes pour éviter des rations trop copieuses".

Les toxicoses du nourrisson s'observent là encore, à la suite d'un allaitement artificiel, d'un sevrage brusque, d'une infection entérale

(staphylocoque, colibacille) d'une infection parentérale (adénoïdite, pharyngite, mastoïdite latente, otite...).

Voici ce que nous dit le Professeur Bardier sur la prophylaxie : "L'allaitement au sein constitue la meilleure prophylaxie des états toxiques. Le lait de femme met non seulement à l'abri des infections entérales exogènes, mais évite grâce à son action neurophylactique les manifestations digestives réflexes des infections parentérales. Une ration partielle de 100 g de lait de femme par jour donne une sécurité comparable à celle d'un allaitement complet au sein.

Le praticien devra également porter une scrupuleuse attention au traitement des diarrhées communes. La découverte de ces dernières leur traitement étiologique précoce, l'utilisation rationnelle des antibiotiques, associés aux prescriptions diététiques doivent éviter l'apparition de toxicoses confirmées!

Les maladies quarantenaires n'épargnent pas le Cambodge.

Le choléra est une affection presque vaincue.

Les grandes pandémies du XIXème siècle ont disparu. L'application d'une sévère réglementation internationale est à l'origine de cette répression. Néanmoins la persistance de foyers en Inde, en Malaisie, en Asie incitent à la vigilance, car la proration d'une épidémie est rapide, diffusant par voie de terre ou de mer.

De plus, le choléra est une maladie sociale, maladie des pauvres gens groupés en collectivités où les protections sont souvent rendues impossibles par la médiocrité de l'habitat, le manque d'eau potable.

Aussi, faut-il intensifier la vaccination anticholérique qui se pratique chaque année, mais à laquelle toutefois une partie de la population refuse de se soumettre. Une campagne de presse fera mieux comprendre combien, devant une affection tellement contagieuse, c'est une faute très grave de ne pas respecter avec une extrême discipline l'obligation d'une désinfection permanente et terminale.

La variole, grâce à la vaccination a disparu au Cambodge.

Toutefois, on note des cas isolés s'observant chez des sujets qui ont échappé à l'immunisation. Ces cas isolés sont à l'origine des épidémies qui rapidement, par vagues, peuvent diffuser sur tout un territoire.

Il faut donc instruire la population de l'extrême diffusibilité de cette maladie, longuement contagieuse, et de l'obligation de se soumettre aux appels de revaccination d'urgence sans oublier les revaccinations légales systématiques.

Le paludisme entraîne une mortalité considérable dans notre Pays.

Voici ce qui a été dit par le Docteur You-Chhin au Cambodge, dans sa thèse de 1957: sur "Complexe épidémiologique et lutte anti-palu-

dique au Cambodge" :

"Le paludisme frappe presque 1/5 de la population du Cambodge (le Cambodge est peuplé de 5 millions d'habitants). Le paludisme se caractérise par sa gravité et son endémicité.

... Le plasmodium rencontré est par ordre de fréquence le *P. falcifarum*, le *P. vivax*, le *Plasmodium malariae* (*P. falcifarum* 68 p. 100, *P. vivax* 30,8 p. 100, *P. malariae* 1,2 p. 100)

... En 1938, une étude effectuée par le Docteur Farinaud et Prost, dans le Sud du Cambodge, surtout dans les régions de "Phnong" donne des renseignements instructifs : cette enquête portant sur un millieu d'enfants a démontré que 13 p. 100 meurent au cours du premier mois, 20 p. 100 avant le sixième mois, 30 p. 100 avant un an. D'après ces auteurs, plus de 80 p. 100 de mortalité infantile seraient dus au paludisme.

... D'après les études, voici les index spléniques et hématiques dans diverses régions impaludées du Cambodge :

Province	Index splénique enfants de 2 à 9 ans	Index hématique enfants de 2 à 9 ans
Kratié	62,8	57,8
Stung Treng	75,8	62,8
Kg Thom	60,3	52,7
Siem reap	68,2	40
Kompongcham	50	40
Kampot	52	35,8
Takeo	62	43

.. Les recherches effectuées par l'Institut Pasteur d'Indochine et par le service antipaludéen du Cambodge créé par O.M.S. en 1951 ont montré qu'il sont dus à 21 espèces anophèles qui sont les suivantes :

A. canitus, A. aitkéno, A. barbirostris, A. culicifacies, A. fuliginosus, A. gigas, A. hyracanus, A. jamesi, A. jeyporiensis, A. karwari, A. Kochi, A. leucosphyrus, A. lendensayil, A. maculatus, A. maculipalpis, A. philippinensis, A. subpictus, A. sundaïcus; A. tesselatus, A. vagus.

L'étude systématique de ces espèces montre que deux espèces anophèles surtout jouent un rôle majeur dans la transmission du paludisme :

- A. minimus (taux moyen d'infestation 4,11 p. 100)
- A. sundaïcus (taux moyen d'infestation 0,14 p. 100)

... Ce service antipaludique a eu pour rôle initial d'étudier les conditions locales d'application et de rendement de la lutte antipaludique les recherches sur le paludisme tant sur l'épidémiologie que sur l'anophèle. Les moyens de lutte retenus par le service d'études ont été, l'application une fois l'an de mars à juin, juste avant l'époque de la grande transmission de D.D.T. Son efficacité contre les anophèles vecteurs au Cambodge a été remarquable.

... Le D.D.T. en suspens dans l'eau est appliqué au taux de 2 g au mètre carré sur les murs des maisons et sous le plancher des maisons sur pilotis,

Dans certaines conditions, en particulier celles de semi-nomadisme, rencontrées dans

les régions du Nord du Camkodge, les habitants quittant pour plusieurs mois leurs maisons pulvérisées par le D.D.T., pour vivre dans des cabanes, en pleine jungle, pour y trouver des ressources, il a été nécessaire de renforcer la lutte par des distributions plus régulières et contrôlées de médicaments.

Les médicaments les plus employés par le Service antipaludique ont été la chloroquine, donnée tous les 15 jours à dose unique de 0,60 g, avec dose décroissante suivant l'âge.

... Voici les résultats obtenus :

A - Villages à population
mobile

1 - Village de Mill Srok Snuol

D.D.T.	Avril 1954
	Juin 1955
	Avril 1956
Chloroquine	une distribution
	Mai 1956
	trois distributions, Octobre
	Novembre 1956

Date	Index splénique	Index hématique
Mai 1954	92,4	75,4
Mai 1955	52,6	45,9
Juin 1956	38,3	9,5
Janvier 1957	25,3	7,2

2 - Village de Lamouth (Srok Snuol)

D.D.T. Juin 1955
 Avril 1956

Chloroquine,..... trois distributions
 Octobre-Novembre 1956

Date	Index splénique	Index hématique
Mai 1955	43,4	31,1
Juin 1956	14,8	10,9
Janvier 1957	9,6	5,7

3 - Village de Daung (Srok de Snuol)

D.D.T. Avril 1954
 Juin 1955
 Avril 1956

Chloroquine trois distributions
 Octobre-Novembre 1956

Date	Index splénique	Index hématique
Mai 1954	50	48,2
Mai 1955	48,7	26,8
Juin 1956	14,6	17,0
Janvier 1957	18,7	3,3

4 - Village de Tumlus (Srok de Snuol)

D.D.T. Juin 1955
 Avril 1956

Chloroquine trois distributions
 Octobre-Novembre 1956

Date	Index splénique	Index hématique
Mai 1955	82,5	57,1
Juin 1956	15	24
Janvier 1957	18,7	0

5 - Village de Kbal Trach (Srok Snuol)

D.D.T. Juin 1955
Avril 1956

Chloroquine trois distributions
Octobre-Novembre 1956

Date	Index splénique	Index hématique
Mai 1955	78,1	44,8
Juin 1956	53,5	34,4
Janvier 1957	11,5	0

6 - Village de Kat Day (Srok de Snuol)

D.D.T. Juin 1955
Avril 1956

Chloroquine trois distributions
Octobre-Novembre 1956

Date	Index splénique	Index hématique
Mai 1955	62,5	41,6
Juin 1956	14,2	29,6
Janvier 1957	6,2	0

B - Villages à population fixe

1 - Village de Kvao (Srok de Kirivong)

D.D.T. Mai 1952
Avril 1953
Juillet 1956

Date	Index splénique	Index hématique
Janvier 1952	62,0	43,0
Janvier 1953	7,0	6,0
Janvier 1957	1,5	0

2 - Village de Bos Khuor (Srok de Chamcar Leu)

D.D.T.	Juillet 1952
	Avril 1953
	Mai 1954
	Mai 1955
	Juillet 1956

Date	Index splénique	Index hématique
Décembre 1951	47,0	38,0
Décembre 1952	19	9,8
Janvier 1954	8,8	-
Décembre 1955	0	0

"Ces quelques exemples montrent que dans les villages fixes, le D.D.T. seul à la dose annuelle de 2 g/m², suffit pour abaisser et faire disparaître le paludisme. Au contraire, dans les régions à population semi-nomade, les observations faites illustrent le danger de contamination en dehors des villages, danger qu'il n'est pas possible de supprimer par le D.D.T. seul, mais le vrai décrochage spectaculaire ne peut être obtenu que par l'appoint supplémentaire de médicaments anti-paludéiques".

Ainsi, d'après ce qui a été dit par le Docteur You-Chhin, grâce au D.D.T. seul, employé dans les villages fixes, et au D.D.T. associé à la chloroquine, le paludisme disparaîtra un jour de notre pays.

Il serait encore souhaitable que la population connaisse les moyens simples de prophylaxie contre le paludisme : dormir avec une moustiquaire, il faut que l'individu soit au milieu de la moustiquaire et que ses membres ne touchent pas le bord de la moustiquaire, car, dans le cas où ses membres toucheraient la

moustiquaire les anophèles peuvent le piquer la lutte antilarvaire par le comblement des étangs et des mares, l'assèchement des marais qui a donné de bons résultats en Italie, en Afrique du Nord, aux Etats du Sud des U. S.A.

Dans notre pays, il existe une variété de petits "poissons de combat" qui mangent les larves des moustiques. Ces poissons sont très faciles à élever et il suffit d'apprendre à la population à élever ces poissons.

Au Cambodge, la syphilis constitue un véritable fléau social. Alors qu'en France cette maladie diminue considérablement par suite de la découverte de la pénicilline, dans notre pays, il semble bien que cette maladie ne soit pas en diminution : le traitement mal suivi par les malades d'une part, les prostituées clandestines en grand nombre d'autre part sont les deux causes majeures.

Dans la lutte contre la syphilis il faudrait contrôler les prostituées clandestines deux fois par semaine par des examens cliniques, des recherches de tréponèmes au niveau du chancre, et dépister la syphilis par BW, par test de Nelson.

Il faudrait arrêter les prostituées clandestines et les soigner.

Il faudrait faire des enquêtes pour rechercher l'agent contaminateur et des sujets en contact destinés à éviter de nouvelles contaminations.

Et la syphilis à l'origine des avortements est une cause de la mortalité infantile.

Il faudrait traiter énergiquement les nouveau-nés dont la mère est atteinte.

La tuberculose est fréquente dans notre pays. L'O.M.S. a organisé pour cela des campagnes de vaccination par le B.C.G.. Des équipes de B.C.G. parcourent tous les villages et recourent au B.C.G. intradermique.

Mais de plus on devrait multiplier des centres de dépistage munis de radios, des laboratoires pour les examens de crachats.

Il faudrait rechercher des contamineurs dans le but de les soigner et de les isoler.

Il faudrait séparer les nouveau-nés des mères tuberculeuses et les vacciner puis l'enfant sera isolé pendant six semaines.

Les conditions économiques et psychologiques ont au moins autant d'importance que les conditions sanitaires.

L'amélioration du standing de vie du Cambodgien, les facilités que lui apportent la création des réseaux routiers, la multiplication des réseaux téléphoniques seront des moyens puissants de lutte contre la mortalité.

Conjointement il faudra apporter des notions élémentaires mais précises d'hygiène à l'aide d'affiches, de films, d'émissions radiophoniques qui donneront des conseils

d'application pratique. Ce sont là des moyens de propagande simple, parfois enfantins qui peuvent rendre de grands services.

Pour réaliser cette éducation sanitaire, il est nécessaire de lutter contre le manque de médecins et l'insuffisance technique de leurs auxiliaires : les programmes d'études devront être bien définis, complets, les stages suffisants, tout en assurant la formation d'un personnel qualifié, peut être pourrait-on faire appel à la collaboration des enseignants qui apportent à l'enfant une formation sommaire. Et enfin, il est facile de réaliser des campagnes de propagande périodiques dont l'action efficiente touchera les communes les plus éloignées.

PROTECTION DES MÈRES ET DES ENFANTS

-:-

Les examens prénuptiaux, les consultations prénatales et post-natales dans un but préventif n'existent pas au Cambodge.

En France, l'enfant était mal protégé dans l'antiquité et au moyen Age, on doit toutefois signaler les initiatives isolées de l'évêque de Mainboeuf au VIIème siècle; on connaît l'oeuvre remarquable de saint Vincent de Paul au XVIIème siècle. Plus tard la Convention prit quelques mesures. Il faut attendre la fin du XIXème siècle, pour voir se développer la protection maternelle et infantile. La loi Roussel, 23 décembre 1874 posa les principes de la Protection maternelle et infantile. Cette loi qui réduisit d'une façon sensible le taux de la mortalité infantile a protégé tout enfant âgé de moins de 2 ans, placé moyennant salaire, en nourrice, en sevrage ou en garde hors du domicile de ses parents. La loi de 1935 a étendu la protection à tous les enfants de moins de 3 ans placés gratuitement ou moyennant salaire. Actuellement, la loi Roussel est remplacée par l'ordonnance du 2 novembre 1945. C'est la véritable charte de la protection maternelle et infantile. Depuis lors, l'enfant est surveillé jusqu'à la fin de la cinquième année.

Comme la Protection maternelle et infantile a fait ses preuves en France et dans les autres pays bien développés, nous devrions l'instituer dans notre pays.

Protection de l'enfant avant la conception, par l'examen prénuptial.

Cet examen prénuptial devrait dans l'avenir être obligatoire dans notre pays. Pour lutter contre l'absence de consultation prénuptiale il faut éduquer la population sur les dangers possibles ; les futurs époux atteints de tuberculose, de syphilis et d'autres maladies, doivent se soigner.

Conduite à tenir par le médecin : s'il est décelé une affection, le médecin doit avertir l'intéressé et lui montrer les conséquences possibles de celle-ci, sans l'affoler outre mesure. S'il s'agit d'un syphilitique, il doit l'inciter à se faire traiter et le médecin pourrait, si le malade refuse de se faire soigner ne pas délivrer le certificat prénuptial. Le médecin lié par le secret professionnel ne devrait faire part de ses constatations qu'au malade en rédigeant la formule suivante :

"Je soussigné Dr X..., certifie avoir examiné, en vue du mariage, Melle... ou M.... Avant de délivrer le certificat, je déclare avoir pris connaissance des examens :

Radioscopique, effectué le... par Dr..
Sérologique, effectué le... par
le laboratoire

et avoir fait part à l'intéressé de mes constatations.

A....., le

Le médecin doit avant tout dépister les maladies vénériennes par examens cliniques, sérologiques, obligatoires, dépister la blennorragie par examens cliniques et recherche gonococcique, dépister la tuberculose par examens cliniques et radiologique, obligatoires, par examens de crachats, recherche du B.K. par examens directs, culture et inoculation au cobaye.

Chez les adolescents ayant présenté une primo-infection sérieuse ou une pleurésie sérofibrineuse, sans lésion pulmonaire décelable, il convient de ne permettre le mariage que lorsque depuis plusieurs mois, aucune poussée évolutive n'a été constatée et lorsque l'état général du sujet lui permet de travailler normalement.

Chez un tuberculeux pulmonaire, au contraire, il faudra exiger un recul de plusieurs années et une réadaptation suffisante au travail. Le médecin doit être sévère dans ces cas et montrer aux malades que leur intérêt personnel se confond avec celui de leur future famille. Bien des tuberculeux insuffisamment rétablis font des poussées évolutives graves après leur mariage. C'est alors la misère au foyer et un très gros danger pour les jeunes enfants.

Il faut faire un examen complet.

Le médecin ne doit pas se borner à l'examen physique du futur conjoint, il doit penser aussi à sa descendance et rechercher les tares dans les antécédents héréditaires.

ditaires et collatéraux.

Lorsque les tares physiques seront graves, il faut prévenir les futurs époux sur la possibilité de transmission des tares héréditaires.

Doit-on rechercher le facteur Rhésus, chez les futurs époux ? Voici ce que nous dit le Professeur Boyer : "On sait que quand une femme Rh (-) devient enceinte d'un enfant Rh (+), elle acquiert parfois des agglutinines anti-Rh, qui déterminent des troubles sanguins chez l'enfant (anémie érythroblastique, anasarque foeto-placentaire, accouchement prématuré). Beaucoup d'avortements à répétition attribués jadis à la syphilis, sont dûs à une sensibilisation maternelle au facteur Rh, surtout lorsque ces accidents sont survenus après la 2ème grossesse. Il ne faut pas exagérer les méfaits d'une telle incompatibilité sanguine, puisque lorsqu'une femme Rh (-) épouse un Rh (+), les accidents ne s'observent que dans un quart des cas et encore, dans cette éventualité, le premier enfant est indemne, parfois le 2ème enfant est aussi indemne, sauf lorsque la mère a été sensibilisée par une transfusion sanguine".

Ainsi, d'après ce qui précède, il serait inutile de défendre les mariages des femmes Rh (-) avec un mari Rh (+).

Protection de l'enfant avant sa naissance, par la consultation prénatale.

La moitié de la mortalité foeto-infantile

est due à des négligences d'avant la naissance.

Pour lutter contre l'absence de consultation prénatale, l'éducateur doit indiquer à la population son but qui est de dépister les maladies contractées pendant la grossesse telles que : tuberculose, syphilis, cardiopathie, albuminurie, hypertension, vomissements incoercibles, de déceler les dystocies, d'interdire le surmenage pendant la gestation.

En France, l'obligation légale est de trois examens :

- le premier obligatoirement effectué avant le 3ème mois de grossesse doit comporter :

- . examen médical clinique,
- . examen radiologique pulmonaire,
- . examen sérologique,
- . examen obstétrical.

- les 2 autres doivent être faits avant la fin des 5ème et 8ème mois de grossesse.

Dans notre pays, il serait souhaitable que nous suivions les conseils du Professeur Deparis: -avancer le premier examen au 2ème mois, pour dépister précocement les avortements endocriniens, par exemple,

-porter le nombre d'examens obligatoires de 3 à 6,

-proposer le temps de repos prénatal de 10 semaines, pour éviter le surmenage, cause possible de prématuration.

Dans les pays bien développés, ces examens ont permis de diminuer la mortinatalité.

lité et de contribuer à l'éducation des futures mères en hygiène, diététique et puériculture.

Surveillance des accouchements : Pour que l'accouchement se fasse à l'hôpital il faut montrer les dangers possibles des accouchements avec les matrones dépourvues de connaissances médicales, la nécessité de surveillance attentive des présentations vicieuses et des bassins dystociques, le danger de l'accouchement septique qui entraîne une mortalité par infection puerpérale, celui des hémorragies de la délivrance et celui de l'absence de surveillance du post partum, la gravité des complications telles que hémorragie et infection.

Au cours de ces examens, le dépistage systématique et précoce des accouchements qui risquent d'être difficiles, doit conduire le médecin à amener la future mère dans un centre hospitalier d'accouchement.

Protection de l'enfant après sa naissance.

Nous devrions imiter les pays bien développés. Pour favoriser les consultations post-natales, l'éducateur doit tâcher de montrer qu'il est dangereux de laisser grandir l'enfant sans surveillance et que les consultations facilitent le dépistage de certaines maladies bien au début : entérite, rhinopharyngite, etc...

Il faut apprendre des notions simples de diététique pour éviter le péril alimentaire.

Ces examens cliniques surveillent périodiquement l'élevage de l'enfant et en cas de maladie l'orientent vers le service spécialisé. Ce rôle appartient au médecin, à ses auxiliaires.

Protection des enfants séparés de leur mère.

Au Cambodge il n'existe pas de crèche ni de pouponnière. Les mères préfèrent élever elles-mêmes leurs enfants.

Placement en nourrice.

Le placement en nourrice existe, mais est très rare, pour celle-ci, aucune surveillance n'est exigée.

Il faudrait que dans l'avenir la nourrice soit examinée par le médecin, indemne de tuberculose et de syphilis et d'excellente moralité, et de plus la maison doit être salubre.

Si la nourrice allaite l'enfant, elle ne peut nourrir un autre enfant que si le sien est âgé de plus de 6 mois.

L'enfant doit être examiné afin de voir s'il n'est pas atteint de maladie contagieuse.

CONCLUSIONS

-:-

Au Cambodge, la mortalité foeto-infantile est importante. A l'origine de cette mortalité si élevée, on doit incriminer l'insuffisance numérique des médecins et des sages femmes, les difficultés des moyens de communication et des transports, et, en partie, malheureusement, l'ignorance de la population.

Dans la lutte contre mortalité foeto-infantile, un programme peut être élaboré, compte tenu des réalisations effectuées, dans ce domaine par d'autres pays : il faut insister en particulier sur l'intérêt de la surveillance de l'enfant et de la mère, sur la lutte contre le péril infectieux, le péril alimentaire.

L'éducation sanitaire des personnes intéressées peut permettre de réaliser une médecine préventive qui porte ses fruits.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : DEPARIS

Vu :
Le Doyen :
signé : BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

-:-

BOYER

Protection maternelle et infantile
Dans livre Hygiène 1955

BERTHET E.

Problèmes médico-sociaux de l'enfance
dans le monde 1959

BUCKLE et S. LEBOVICI

Les centres de guidance infantile
Genève

BORHAN (Mohamed Ali)

Etude de la protection maternelle et
infantile en France -
Thèse Médecine 1958

BROUAZIN (Jean)

La mortalité à la maternité Pinard de
1952 à 1955. Etude statistique et
prophylactique.
Thèse Médecine 1956

CORBEAU H.

Protection maternelle et infantile au
Danemark - 1958
Dans Revue Assistance Publique

CARLOTTI

Protection maternelle et infantile en
milieux ruraux 1952
Revue du Praticien

CAUVIN

Protection maternelle et infantile au Maroc.

Revue Maroc Médical 1950

DEBRE R. et JOANNON P.

Enquête internationale sur la mortalité foeto-infantile 1934

DATAIN

Protection maternelle et infantile aux Etats-Unis

Dans Revue Technique Hospitalière 1947

GREFFEN, DENNIS

Protection maternelle et infantile
Dans Bulletin International d'Hygiène,
1951

GIACOCONE E.

Politique sociale et protection maternelle et infantile

Dans Revue Internationale de l'Enfant
Genève 1953

VIOLLE Henri et SAUTEL Jacques

Protection maternelle et infantile
Dans Mille questions d'Hygiène

HUMAN Henri

Protection maternelle et infantile
en Grande-Bretagne 1949

AUBRY Jeanny

La carence des soins maternels, les effets de la séparation et la privation des soins maternels sur le développement des jeunes enfants - 1945

CHAZAL Jean

Les droits de l'enfant.

Protection infantile et juvénile 1959

JACQUES JEAN

Le problème de l'enfance confiée dans
le département de la Seine
1952 - Thèse Médecine.

LEFORT (Robert)

Contribution à l'étude des répercus-
sions de la séparation d'avec leurs
mères des enfants âgés de 1 à 2 ans
et placés en institution. 1952

LELONG

Les principes directeurs de la protec-
tion de l'enfance 1951

LOUROS N.

Protection maternelle et infantile en
Grèce. 1957

MARIE Julien

Protection maternelle et infantile.
et évolution.

Dans "Bulletin Académie Nationale" 1957

QUELET (Jacques)

Les accidents des enfants et leur pré-
vention.

Thèse Médecine 1957

QUINTART Hélène

Contribution à l'étude statisti-
que et prophylactique des accidents
chez les enfants

Thèse Méd. 1958

ROBIDET et CULAND

Dix années de protection maternelle

et infantile dans le département de
la Seine - Revue 1958

SEDAILLON, SOHIER R.

Protection maternelle et infantile
Dans livre Hygiène 1949

SIMON (Janine)

Les centres de guidance infantile
Thèse Médecine 1958

SAIN SOPHON

Organisation, protection maternelle et
infantile au Cambodge.
Thèse Médecine 1955

SENEGAL J.

Protection maternelle et infantile en
A.O.F.
Dans Bulletin Académie Nationale de
Médecine 1957

VAN TRUNG

Etude sur la protection de la mater-
nité, de l'enfance et de la jeunesse
chez les 4 grands.
Thèse Paris 1951

